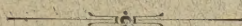


FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 158

DEUX CAS D'INVAGINATION INTESTINALE

*guéris spontanément
par élimination du Segment sphacélé*



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Février 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel LOMBARD

Né le 12 Novembre 1894, à Valbonne (Alpes-Maritimes)



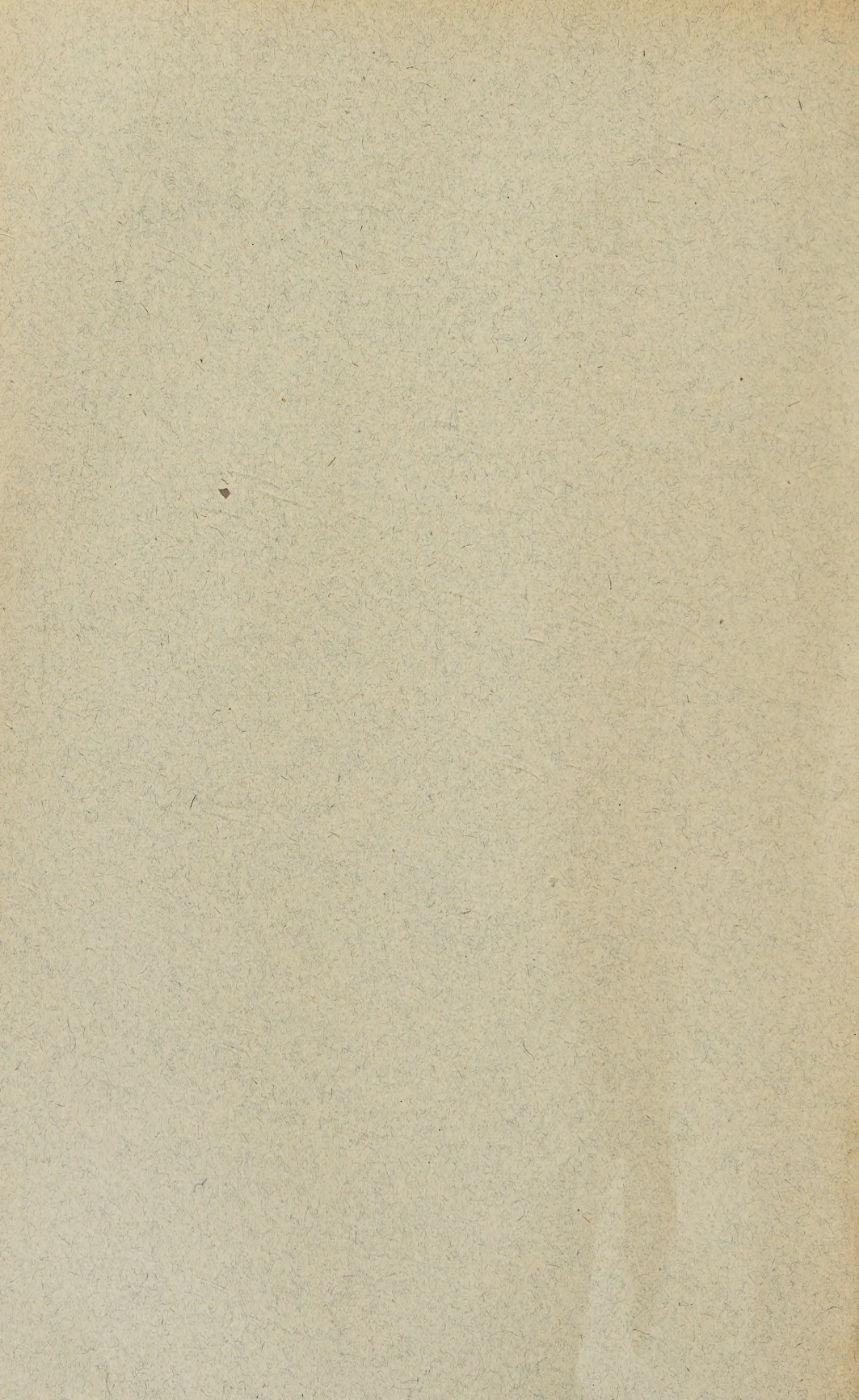
LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 158

DEUX CAS D'INVAGINATION INTESTINALE

guéris spontanément

par élimination du Segment sphacélé

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Février 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel LOMBARD

Né le 12 Novembre 1894, à Valbonne (Alpes-Maritimes)



LYON

—
Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

—
1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LÉPINE DOYON
ROQUE ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICART
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P)
	PIC
	FLORENCE A.

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE G.	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NOVE-JOSSERAND, Président ; THEVENOT LÉON, Assesseur
MM. MURARD et BONNET, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA DOULOUREUSE MÉMOIRE DE MON PÈRE

MÉDECIN DE LA MARINE EN RETRAITE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de
profonde reconnaissance et
d'inaltérable affection.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse ; et nous a fait le très grand honneur d'en accepter la présidence ; nous lui adressons l'expression de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RANDU

Il nous a guidé dans nos recherches ; nous a aidé de ses conseils. Nous le remercions de l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

INTRODUCTION

L'élimination spontanée de l'anse invaginée est un mode d'évolution de l'invagination intestinale. Il est malheureusement peu fréquent ; son importance mérite toutefois d'être signalée, car il constitue vraiment la cure naturelle de l'affection et il est susceptible d'entraîner des considérations et des conséquences thérapeutiques un peu particulières.

M. le Professeur Nové-Josserand a bien voulu attirer notre attention sur ce sujet. Nous devons à son obligeance deux observations relatives à ces cas heureusement influencés par l'expulsion du segment sphacélé. Elles serviront de base à ce travail.

Après avoir rappelé les notions générales sur l'invagination, nous aborderons l'étude de l'élimination spontanée. Nous en préciserons le mécanisme ; nous en établirons la fréquence relative et les rapports avec les formes anatomiques. Nous verrons ce que l'on peut en tirer au point de vue du traitement.

OBSERVATION I

« Malade du service de M. le Professeur Nové-Josserand ».

B... Joannès, 3 ans 1/2.

Entre le 13 juin 1901 dans le service.

Pas d'antécédents héréditaires. Depuis 6 mois, l'enfant est atteint d'entérite tuberculeuse. A plusieurs reprises, on a trouvé des peaux dans les selles, la dernière fois même — il y a trois mois — un morceau d'intestin de sept à huit centimètres de longueur. Fréquemment du sang dans les matières.

Depuis deux mois, le ventre de l'enfant a considérablement grossi ; il présente des alternatives d'augmentation et de diminution ; le petit malade se plaint de légères douleurs ; la diarrhée et la constipation s'alternent irrégulièrement.

A l'entrée : Ventre excessivement ballonné ; les anses intestinales se dessinent en déterminant des reliefs qui changent de place d'un moment à l'autre. Mouvements d'ondulation ; tympanisme considérable ; il n'y a pas

d'ascite ; la circulation veineuse superficielle semble un peu exagérée.

L'enfant est envoyé dans un service de médecine, mais on le ramène le 27 juin avec un ventre énorme et un état général mauvais.

27 Juin 1901. — Intervention. Entérostomie. Issue d'une quantité considérable de matières fécales semi-liquides et décolorées. Les jours suivants, l'enfant se remonte. Au bout de trois à quatre jours, le cours des matières se rétablit, et le malade va bien jusqu'au 17 juillet. A ce moment, la fistule se ferme complètement, et les mouvements péristaltiques avec distension des anses reparurent. Les accidents d'occlusion ayant persisté, on pratique une nouvelle intervention.

Laparotomie. — On trouve des adhérences dans le petit bassin qui englobent la vessie ; on libère ces adhérences, et on arrive sur un rétrécissement très serré siégeant au niveau de la partie supérieure du rectum. Le siège de ce rétrécissement étant trop profond pour opérer une résection, on se contente d'aboucher la partie supérieure à la paroi abdominale et de tamponner la cavité abdominale.

29 Juillet. — On enlève les mèches qui drainent la cavité abdominale. Le malade n'a pas uriné depuis l'opération, et les urines paraissent s'écouler par la plaie.

5 août. — L'enfant a recommencé ce matin à uriner par la verge.

24 Février 1902. — L'enfant s'est bien rétabli. Il jouit

maintenant d'une excellente santé, et n'est guère gêné que par son anus sus-pubien, qui a de la tendance à faire de l'ectropion. Sur la demande des parents qui ne veulent à aucun prix laisser persister cette infirmité, la cure radicale est tentée. L'anus artificiel est circonscrit avec une collerette de peau, puis suturée. L'incision est prolongée jusque dans le péritoine et l'S iliaque dégagée de ses adhérences avec deux anses grêles voisines. En position de Trendelenbourg, la vessie étant repérée par un catheter, on cherche le bout inférieur qui est oblitéré au niveau du cul-de-sac de Douglas, et présente en outre dans le trajet sous-jacent plusieurs rétrécissements, dont un très serré admettant à peine le doigt. Il n'est pas possible de chercher à faire une anastomose à une pareille profondeur et sur un intestin aussi mauvais état. Le bout supérieur est donc attiré à travers le bout inférieur et fixé au pourtour de l'anus par quatre points, après avoir cherché à faire disparaître la muqueuse par un curetage énergique.

29 avril. — On résèque le plus possible la muqueuse sur la face antérieure et la face droite, parce qu'elle était restée et qu'il n'y avait pas d'adhérences à ce niveau.

17 Octobre. — Au mois d'août le segment d'intestin prolapsé se réduisit spontanément, et l'enfant eut pendant quelques jours des symptômes d'obstruction intestinale qui cédèrent à de simples lavements. Depuis cette époque le prolapsus ne s'est pas reproduit ; l'enfant va à la selle régulièrement et se porte très bien ; il ne reste qu'une incontinence relative, les matières sont de petit volume et moulées. Il commence à se sentir aller.

17 mars 1904. — Il y a, à peu près à six centimètres de l'anūs un rétrécissement qui laisse passer le bout de l'index.

28 avril 1904. — L'enfant va bien à la condition de le purger tous les deux mois. Ses matières sont du volume du doigt. La défécation se fait sans efforts.

La continence est complète.

OBSERVATION II

« Malade du Service de M. le Professeur Nové-Josserrand ».

S... Yvette, 12 ans.

Entre dans le service, le 8 juin 1913, pour douleurs abdominales et collection dans la fosse iliaque gauche. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Il y a un mois environ, l'enfant fut prise de violentes douleurs abdominales et de diarrhée avec quelques filets sanguinolents. On crut à une entérité ; la petite malade se remit, mais continua à souffrir du ventre.

Le jeudi 5 juin, de vives douleurs la forcent à s'aliter. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements alimentaires et bilieux. Un médecin, appelé aussitôt, constata la présence d'une masse dans la fosse iliaque gauche, et conseilla l'hospitalisation.

A l'entrée : l'enfant n'a pas de facies péritonéal ; le pouls est à 128 ; le thermomètre marque 38°4'. Les douleurs abdominales surviennent par crises d'une violence

extrême, obligeant la malade à prendre la position en chien de fusil ; elles s'irradient jusque dans les lombes. Pas de constipation, mais de la diarrhée avec toujours quelques filets sanguinolents.

A l'examen : Tuméfaction énorme ovulaire, de la fosse iliaque gauche. Il n'y a ni œdème de la paroi, ni rougeur, ni circulation veineuse complémentaire. Le reste de l'abdomen est douloureux. Pas de contracture des muscles droits.

La percussion révèle de la submatité au niveau de la tumeur et de la sonorité dans le reste de l'abdomen.

A la palpation, pas de fluctuation.

Le toucher rectal ne permet pas de sentir de collection ; les culs-de-sacs sont souples ; on perçoit cependant à gauche, tout à fait à bout de doigt, une sorte de bourrelet œdémateux, bien différent de la sensation que donne le col de l'utérus.

Le chirurgien de garde décide l'intervention.

8 Juin 1913. — On fait une incision sous-ombilicale qui ne laisse voir que des anses rouges vineuses, sans collection purulente ; à gauche, l'anse sigmoïde et la paroi sont reliées par une bride. On pratique alors une nouvelle incision transversale des grands droits pour aborder la fosse iliaque gauche. On trouve une tumeur de l'anse sigmoïde que l'on suppose se prolonger jusqu'au côlon transverse. Pour faciliter la recherche de la tumeur, une troisième incision médiane sus-ombilicale est faite, après fermeture de l'incision précédente. On atteint ainsi le côlon ascendant. Une invagination partant de la valvule iléo-coecale est la cause de tous les accidents. Cette inva-

gination comprend non seulement l'intestin grêle, mais le coecum, l'appendice, une partie du côlon transverse et du côlon descendant. En présence de l'impossibilité de toute intervention radiale et de toute réduction de l'invagination, on referme la paroi sans intervenir.

10 Juin 1913. — Nouvelle laparotomie (M. le professeur Nové-Josserand). On constate une perforation au niveau du côlon descendant dans la fosse iliaque gauche. On met une mèche et on referme l'abdomen.

21 Juin. — Il s'est formé une grosse fistule stercorale au niveau de la perforation. Malgré cela, l'enfant a de temps à autre des selles presque normales. Les phénomènes péritonéaux (vomissements, ballonnement) qui avaient apparu, ont rétrogradé ; toutes les sutures ont lâché, et il s'est formé une vaste éventration qui s'épidermise peu à peu secondairement.

L'état général est excellent. Pouls à 90 ; pas de température. Le toucher rectal ne montre pas de boudin saillant, mais on sent dans le Douglas une masse molle et arrondie répondant probablement à l'S. iliaque prolalée.

26 août. — La plaie est à peu près complètement cicatrisée ; il persiste seulement une grosse éventration. L'état général s'est maintenu. La malade n'a jamais présenté de troubles digestifs.

6 septembre. — L'enfant est guérie ; elle portera une ceinture pour contenir son éventration. Avant de quitter le service on lui fait absorber une bouillie bismuthée, et, 9 heures après, voici ce que l'on constate :

Premier examen, 9 heures après. — La traversée est plutôt accélérée ; le gros intestin est entièrement rempli par le bismuth ; mais, tandis que le cœcum est distendu, on remarque qu'il se continue presque en ligne droite avec le côlon transverse ; le côlon ascendant et l'angle droit sont à peine ébauchés ; à la partie moyenne du transverse, on constate une diminution brusque de ca-

fig.1



libre, l'angle gauche est très élevé et contourné sur lui-même ; la masse bismuthée occupe également toute la portion descendante qui est de petit calibre et bourrée de taches claires correspondant à des bulles de gaz. En somme, sténose anatomique de la portion gauche du transverse avec, néanmoins, perméabilité et évacuation normales. 4

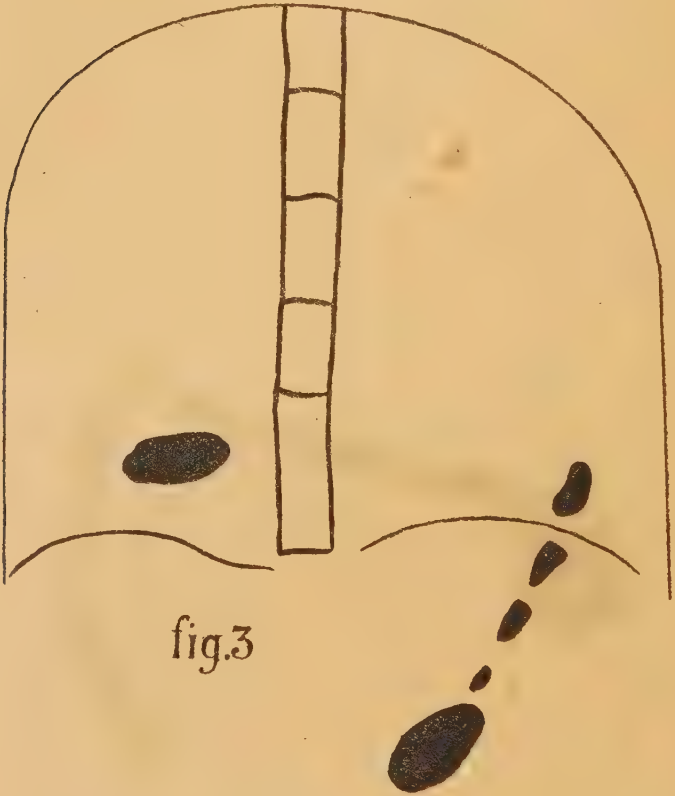
Deuxième examen, 11 heures après. — Mêmes constatations. Le cœcum s'est vidé, mais on ne voit pas davantage l'angle droit, la sténose du transverse persiste ; la portion descendante est de calibre régulier ; l'ampoule

fig. 2



commence à se remplir. La traversée du transverse est donc normale avec tendance à l'accélération malgré la diminution de calibre.

Troisième examen, 15 heures après. — Presque tout le bismuth est dans l'ampoule. On constate encore quelques traînées irrégulières dans la portion descendante ; il persiste toujours une masse noire assez grosse dans la partie



droite du transverse, en amont, par conséquent, de la sténose. Celle-ci semble donc bien offrir un obstacle relatif à la traversée intestinale, quoique sans grande importance.

L'INVAGINATION INTESTINALE EN GENERAL

DÉFINITION

« Le mot *invagination* désigne un mode de déplacement du canal intestinal qui consiste dans l'introduction ou l'intussusception d'une portion d'intestin dans la portion qui lui fait suite, de telle sorte que la première portion est engainée dans la deuxième à la manière d'un doigt de gant ». (Cruveilhier).

Une autre comparaison du même auteur fait bien comprendre la disposition qu'affecte une portion d'intestin invaginée : par l'une de ses extrémités une ficelle est attachée à la valvule iléo-cœcale ; l'autre bout sort par l'anus. Si l'on exerce une traction continue sur cette extrémité libre, on entraîne, on invagine l'iléon dans le cœcum, puis successivement dans le cœlon, dans le rectum jusqu'à l'anus.

Ordinairement, le segment supérieur s'invagine dans l'inférieur, l'invagination est descendante ; dans le cas contraire, qui est l'exception, elle est dite ascendante ou rétrograde. La section transversale d'une invagination montre trois cylindres intestinaux superposés ; l'un externe, cylindre engainant, ou *gaine* ; le second, cylindre moyen ; le troisième, le plus central, cylindre interne.

Ces deux derniers forment le *boudin* d'invagination, leur extrémité libre, intracavitaire, prend le nom de *tête de l'invagination* ; on appelle *collet* le bourrelet formé par la gaine au point où elle se réfléchit pour former le boudin. Les deux cylindres interne et moyen sont adossés l'un à l'autre par leur surface séreuse ; celle-ci n'y pénètre pas seule ; elle est accompagnée par le mésentère, qui est fortement plissé et tassé surtout au niveau du collet ; c'est là qu'aura lieu la striction vasculaire. Au niveau du collet se trouvent également les troncs mésentériques, qui commandent la circulation du boudin invaginé dans sa presque totalité.

Etiologie et Pathogénie. — C'est essentiellement une maladie de l'enfance, de la première enfance, car c'est le plus souvent chez les nourrissons qu'on l'observe. Elle est surtout fréquente du quatrième au sixième mois de la vie ; cette fréquence diminue ensuite à partir de la cinquième année, pour rester stationnaire jusqu'à quarante ans et diminuer encore à partir de cet âge. Sur trois cent cas, Grisel en trouve deux cent quatre, soit soixante-huit pour cent, qui sont relatifs à des nourrissons âgés de moins d'un an. P. L. Hipsley (statistique de 1918) a réuni cinquante cas d'invagination, les plus jeunes opérés étaient de quatre mois, les plus âgés de deux ans et onze mois.

L'influence du sexe se montre nettement prépondérante pour l'homme ; chez les enfants, surtout, la proportion en faveur du sexe masculin est très accentuée. Rilliet, sur vingt-cinq enfants, trouve vingt-deux garçons et trois filles ; Smith, sur quarante-sept cas d'invagination en attribue trente-deux aux garçons et quinze au

filles. Sur les cinquante opérés de Hipsley, il y avait quarante-deux garçons et huit filles.

La race semble être une prédisposition réelle ; l'Angleterre est incontestablement le pays où l'affection est le plus souvent observée.

Cette descente de l'intestin dans un segment sous-jacent peut dépendre d'une cause mécanique, la traction par le poids d'une tumeur pédiculée, un polype, par exemple, la poussée de matières fécales derrière un rétrécissement, ou un corps étranger, mais ces cas sont tout à fait exceptionnels dans le jeune âge. Le traumatisme et l'effort sont quelquefois notés ; chez les enfants, la mauvaise hygiène, l'alimentation irrationnelle et les troubles gastro-intestinaux qui en sont la conséquence en constituent l'étiologie habituelle ; chez eux, il faut faire également intervenir la mobilité extrême des anses intestinales, leur relâchement et leur cavité plus considérables ; la puissance des actions réflexes est énorme et « il semble qu'il faille d'ordinaire invoquer une contracture musculaire irrégulière, une anse contractée, rétrécie et rigide, étant poussée par un mouvement péristaltique dans une anse sous-jacente immobile et dilatée. » (Broca).

Formes anatomiques. — On peut classer en quatre groupes tous les cas d'invagination.

1° Les invaginations *iléales* ou *entériques* ; l'invagination porte sur l'intestin grêle isolément.

2° Les invaginations *iléo-coliques*, dans lesquelles la terminaison de l'intestin grêle s'invagine dans le côlon ascendant.

3° Les invaginations *iléo-coecales*, dans lesquelles l'invagination porte sur le coecum lui-même, de sorte que la valvule iléo-coecale et le coecum retourné forment la tête de l'invagination.

4° Les invaginations *coliques*, où une partie du côlon s'invagine dans une portion du même intestin.

Ces quatre variétés sont loin d'avoir la même fréquence. D'après Leichtenstem, sur cent cas se rapportant à des sujets de tout âge, la proportion serait :

Variétés iléo-coecales.....	44
» « coliques	18
» iléo-coliques	8
» entériques	30

Hispley, dans la série de ses cinquante cas observés, note que la tête de l'invagination fut constituée : vingt-une fois par la valvule iléo-coecale, dix-neuf fois par le fond du coecum, six fois par l'iléon dans ses douze derniers centimètres ; sur ces six cas d'invagination iléale, deux fois l'invagination arrêtée par la valvule iléo-coecale, se continuait avec la valvule pour tête.

Sur cent quatre-vingt-trois cas, observés exclusivement chez des nourrissons de la première année, Grisel trouve :

L'invagination iléo-coecale	149 fois, soit 82 %.
» iléo-colique	20 fois, soit 11 %.
» entérique	5 fois, soit 5 %.
» colique	2 fois, soit 2 %.

Une statistique de Wiggin, portant également sur les enfants, donne une proportion de 89 % en faveur des iléo-coecales.

En résumé, la forme habituelle est l'invagination iléocœcale ; la forme rare, l'invagination du gros intestin. Nous verrons que l'élimination du boudin invaginé, quand elle se produit, suit une marche à peu près parallèle.

Symptomatologie. — Deux formes cliniques s'observent : l'invagination aiguë et l'invagination chronique. « La première, dit Duval, correspond à la phase anatomique où le boudin, simplement invaginé dans l'anse sous-jacente, a conservé sa vitalité, et n'entrave pas complètement la circulation des matières. C'est la période d'obturation intestinale incomplète, susceptible de se terminer par la désinvagination spontanée. La seconde correspond à l'étranglement, au sphacèle du boudin et à l'occlusion intestinale complète. »

Chez l'enfant, la forme aiguë d'emblée est de beaucoup la plus fréquente. Quelques troubles digestifs peuvent précéder l'apparition des accidents. La douleur, généralement intense, localisée d'abord en un point précis de l'abdomen, vite généralisée et irradiée dans tous les sens, une constipation opiniâtre, des nausées, des vomissements alimentaires et bilieux, puis fécaloïdes, sont les principaux signes fonctionnels. Le ventre se ballonne, se météorise, les anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale, animées de mouvements d'ondulation ; la langue se charge, le visage s'altère, la respiration devient rapide, le pouls petit et fréquent. C'est le type de l'occlusion aiguë. Chez l'enfant, plus souvent encore que chez l'adulte, la tumeur que constitue l'invagination est souvent sentie à la palpation abdominale ou au toucher ano-rectal ; en même temps, il se produit une évacuation de

mucosités sanguinolentes, du mélaena, (signe de Cruveilhier qui ne fait presque jamais défaut.)

Marche. — Le premier résultat de cette intussusception d'un bout du canal dans l'autre est une diminution de calibre de ce canal ; on comprend ainsi que l'occlusion intestinale puisse en être la conséquence ; « elle n'en est pas cependant la conséquence forcée, dit Trousseau, et une contraction vigoureuse de l'intestin peut suffire à elle seule pour rétablir les choses dans leur état normal ».

Malheureusement, cette désinvagination spontanée est rare. En général, l'invagination persistant, l'inflammation arrive et soude entre elles les deux surfaces de péritoine adossées l'une à l'autre. Cette inflammation est nécessairement précédée et accompagnée de l'engorgement des tissus, le calibre de l'intestin finit par s'effacer tout à fait, et les accidents de l'occlusion ne tardent pas à se développer. La mort survient par imprégnation de toxines microbiennes, l'organisme est saturé de poisons stercoraux, le péritoine s'infecte absolument comme le sac d'une hernie étranglée, et l'infection se fait au travers des parois des anses intestinales, en amont de l'obstacle ; des perforations peuvent se produire également et déterminer des péritonites généralisées ou circonscrites.

Enfin — et c'est là, une éventualité favorable — l'anse invaginée peut subir un processus de gangrène et s'éliminer spontanément par l'anus, rétablissant ainsi la continuité et la perméabilité du tube intestinal.

C'est sur cette terminaison heureuse que nous allons maintenant insister.

ELIMINATION SPONTANEE DE L'ANSE INVAGINEE

HISTORIQUE

L'élimination spontanée de l'anse invaginée ne constitue pas un mode d'évolution aussi exceptionnel qu'on pourrait le supposer. Les premières observations publiées remontent au dix-septième siècle. »

On lit dans les « Ephémérides des curieux de la nature » (décur. III, page 227, obs. 129) une observation de Jean-Pierre Albrecht (1696), relative à la sortie d'une notable portion de l'intestin grêle, à laquelle tenait un assez grand lambeau d'épiploon. Voici comment l'auteur décrit cette pièce d'anatomie pathologique : « *Nihil aliud vidi quam fistulæ intestinalis frustrum, spithamæ æquams longitudinem... Exterius, omenti quædam pars ipsi adnata inspiciebatur* ». L'ouverture de cette portion d'intestin mit à découvert la valvule iléo-coecale, « *suâ præsentia*, dit Albrecht, *sufficienter qualis intestini pars rejecta esset edocins* ».

Franck de Frankenhau (1700) a vu une portion du jéjunum, ayant plus de neuf pouces de longueur, avec la portion correspondante du mésentère être expulsée chez un jeune homme, à la suite d'accidents d'invagination. La dissection attentive de la pièce fit reconnaître l'exis-

tence des diverses tuniques de l'intestin, et, à l'intérieur, celle des valvules conniventes. (« Ephém. curios. nat. », décur. III, page, 509, obs. 177).

Le 27 avril 1770, Salgues, maître en chirurgie à Sens, fut appelé auprès d'un nommé Bossu, vigneron, âgé de vingt-quatre ans, atteint d'une tumeur de la fosse iliaque. Le 25 mais, tension du ventre, suivie d'une grande difficulté d'uriner. Le 12 juin, dit l'auteur, le malade a rendu tout le coecum avec son appendice en partie gangrénés. « J'ai pour témoins du fait quatre de mes confrères qui ont vu l'intestin coecum après que le malade l'eût rendu, et un voulut voir le malade. »

On lit dans la collection de thèses recueillies par Haller, sous le titre de : « *Disputationes ad morborum naturam* » (t. III, p. 513), une observation de Jean-Jacques Lembke et d'Adrien Westphall, concernant l'expulsion par l'anus d'une partie de l'intestin grêle, sur laquelle ces deux anatomistes reconnurent les fibres de la couche musculieuse et les valvules conniventes.

Au rapport d'Hévin, l'Académie royale de chirurgie a eu sous les yeux une pièce d'anatomie pathologique que lui avait adressée Sobaux, chirurgien à Origny, et qui était composée d'une portion du côlon de vingt-trois pouces de longueur, à laquelle tenait encore un lambeau assez considérable du mésocôlon. (Mém. in-4° de l'Académie royale de Chirurgie, tome IV, page 205).

Enfin, Monro (in: Ancien Journal de Médecine, tome IX), Boucher (in: Mém. de Mathém. et de Phys., présentés par divers savants, t. VIII, p. 681), rapportent des faits analogues.

William Thomson, dans un Mémoire d'octobre 1835,

paru in. « The Edimb. med. and surg. Journal », et reproduit dans les « Archives générales de Médecine », cite trente-cinq cas, pris à des sources différentes, concernant cette élimination spontanée de l'intestin à la suite d'invagination.

Toutes ces observations — et il en existe de plus récentes — ont trait uniquement à l'expulsion d'une plus ou moins grande partie de l'intestin au cours de l'invagination. Elles ne font que constater le résultat heureux en lui-même — en tant que procédé de rétablissement du cours des matières — de cette mortification des portions invaginées. Elles ne disent pas si les malades ont guéri ou si l'issue n'a pas été fatale. Car il importe de signaler que ce processus de sphacèle n'est pas toujours la cure naturelle et idéale, qu'il n'entraîne pas nécessairement la guérison. Le pronostic est bien souvent assombri par des complications ; la mort survient dans quarante pour cent des cas. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces conséquences immédiates ou lointaines. C'est dire que dans une proportion sensiblement plus élevée la guérison est possible (6/10^e d'après Leichtenténr).

En tête de cette étude, nous avons reproduit les deux observations que Monsieur le Professeur Nové-Josserand a eu l'obligeance de nous communiquer. Elles sont un bel exemple de ces cas heureusement influencés par l'expulsion du segment spacié. Nous en ajouterons huit autres, de provenances diverses, que nous ferons suivre de quelques considérations anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

OBSERVATION III

(Cattanéo et Paparelli. — « Gazette Médicale de Paris », 1836, tome IV, page 682).

Jeanne de B..., âgée de 38 ans, tempérament sanguin, forte constitution, mère de cinq enfants, manquait depuis un an de l'écoulement menstruel, par suite de chagrins profonds, lorsqu'elle a été saisie, le 15 décembre 1834, de fortes douleurs abdominales qu'on a caractérisées pour hystériques. On la traita en conséquence.

La prétendue colique utérine dura un mois, et se compliqua de symptômes de gastricisme vermineux. Les opinions des médecins qui la traitaient ont été partagées ; les uns admettaient une fièvre symptomatique d'embarras gastrique, les autres croyaient à une grossesse d'après la protubérance de la région hypogastrique.

Vers le 15 janvier 1835, des symptômes d'iléus se déclarèrent, qui durèrent pendant deux jours. Il survient un calme de dix jours, puis après la malade rend par l'anus un gros globe de fèces. Le volume extra-ordinaire de ce corps le fit examiner avec soin ; on s'aperçut de suite qu'il était formé d'une anse d'intestin grêle. Quelques personnes crurent d'abord n'avoir à faire qu'à une fausse membrane canaliculaire. M. Vulpes cependant, qui a été chargé de l'examiner attentivement et de la disséquer, s'est assuré qu'il s'agissait de l'intestin grêle. Voici la description donnée par ce médecin à l'Académie de Naples.

La pièce pathologique est formée par une portion de l'intestin iléon, elle offre 36 pouces de longueur ; on y voit une portion du mésentère ayant 6 pouces environ de longueur et 2 de largeur ; vers son extrémité coecale, cet intestin présente un rétrécissement très notable de la longueur de 3 pouces.

La patiente a continué à souffrir de douleurs intestinales accompagnées de vomissements de temps à autre ; cela ne l'empêche pas cependant de vaquer à ses affaires ; elle sent

le ventre comme s'il était rempli d'air ; on y voit effectivement une foule de tumeurs passagères. Vers la fin avril de la même année, une fièvre lente s'est déclarée, suivie d'émaciation, qui a duré pendant plusieurs mois, les selles s'exécutent assez bien, l'état de la malade cependant s'est par la suite amélioré de plus en plus, et elle a fini par guérir complètement.

Le 25 juin 1835, c'est-à-dire plus d'un an après la première communication, M. Vulpes a présenté à l'Académie la femme qui forme le sujet de cette observation, jouissant d'une santé assez passable.

OBSERVATION IV

(Plelan. — « Dublin med. Review », Déc. 1839 et « Archives générales de médecine », 3^e série, tome 7, 1840).

Patrick Doyle, âgé de 18 ans, travaillant à la terre, d'une constitution scrofuleuse, sujet à des affections vermineuses et à des attaques de coliques, reçut le 1^{er} octobre un coup violent dans la région iliaque gauche. Le malade éprouva une douleur violente et une sensation intérieure qu'il ne put décrire : Cet état cessa bientôt. Le 14, il fut pris tout à coup de douleurs dans le ventre, des vomissements survinrent. Plusieurs purgatifs et des lavements que l'on administra sans avantage, car le malade les rejetait aussitôt, furent employés sans succès.

Le 16, le malade offrait les phénomènes suivants : abdomen météorisé, très douloureux à la pression, pouls à 96, petit, facile à déprimer, peau à l'état naturel, langue recouverte d'un enduit jaunâtre ; vomissements opiniâtres, accès fréquents de douleurs fort aiguës dans l'abdomen, surtout à la région hypogastrique. Le 17, même état, la constipation ne cesse pas, la physionomie exprime une souffrance profonde. Le 18, une tumeur douloureuse se manifeste dans la région iliaque droite, et se prolonge dans toute la direction du colon. Elle a un mouvement vermiculaire facile

à saisir, les frictions font cesser la douleur ; les vomissements deviennent stercoraux, ce qui effraie singulièrement le malade.

Le 19, la douleur du ventre a cessé, le malade rejette par le vomissement des matières très fétides et en quantité très considérable. Le 20, même état. Pour la première fois cet homme va à la garde-robe. Les matières sont peu abondantes et couleur de chocolat. Le 21, selles naturelles abondantes. Le 22, fièvre, selles naturelles, les vomissements qui avaient cessé n'ont pas reparu. Le 23, 24, 25, la fièvre prend la forme typhoïde grave ; Subdélirium, peau sèche comme du parchemin, prostration de la face, pouls petit, fréquent, diarrhée bilieuse. Vers trois heures de l'après-midi, le malade tombe dans un sommeil profond et ne s'éveille que le lendemain à 8 heures du matin. Le 26, faiblesse, diarrhée. Le 27, même état. Le 28, le malade rend par l'anus une partie de l'intestin grêle de la longueur de deux pieds ; à l'une de ses extrémités, cet intestin est noué ; à l'autre, il offre une fissure longitudinale de l'étendue de trois pouces ; au centre on trouve une fissure analogue et de couleur grisâtre. Les parois en sont épaissies et semblent avoir été exposées à la macération. Leur surface interne est couverte de taches noires, les plis de la muqueuse sont déformés et à peine reconnaissables.

L'état du malade a continué à s'améliorer, il a offert de la sensibilité à l'ypogastre pendant quelques jours, puis il a eu de la diarrhée, et a fini par bien guérir.

OBSERVATION V

(Cruveilhier. — Communication à l'Académie. « Bulletin de l'Académie de Médecine », juin 1852, tome 17, page 786).

« Le corps vermiforme que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, a été rendu avec les selles par une femme âgée de quarante-huit ans, sujette à de mauvaises digestions qui fut prise de tous les symptômes d'un étranglement interne : Coliques violentes, ventre ballonné, constipation, vomisse-

ments de matières fécales, pouls petit, fréquent. Lorsque M. Faure fut appelé en consultation, il y avait quatre jours que la malade était dans le même état. Cependant on sentait profondément dans la fosse iliaque droite une tumeur molle, pâteuse, douloureuse. L'idée d'un iléus ou de vers intestinaux se présenta à l'esprit de M. Faure. Des onctions mercurielles, le calomel à la dose d'un décigramme toutes les trois heures, furent administrées ; après la deuxième dose, expulsion du prétendu ver. Le lendemain la malade se levait et vaquait à ses occupations.

Ce corps à trois mètres de long, il est renflé à une de ses extrémités, d'où le nom de *ver à tête de cheval* qui lui a été donné par la malade, ce corps est filiforme et longitudinalement lacéré à l'autre extrémité.

Il est canaliculé dans toute sa longueur ; l'insufflation le développe à la manière d'un intestin.

Qu'est-ce que ce corps vermiforme ?...

C'est un tissu organisé et il ne m'a pas été difficile de reconnaître dans ce faux helminthe un débris de l'intestin grêle dépouillé de sa membrane péritonéale et de sa membrane musculieuse, et par conséquent constitué par la membrane interne et par la membrane fibreuse.

Que s'était-il passé ? Une invagination de l'intestin grêle a eu lieu. Cette invagination a été suivie de la séparation de toute la portion invaginée de l'intestin, c'est-à-dire du cylindre interne et du cylindre moyen, lesquels ont été étranglés par le collet de l'invagination. Cet intestin, qui a subi l'espèce de gangrène par cadavérisation, a séjourné quelque temps dans l'intestin, par suite de ce séjour, les membranes péritonéale et musculieuse se sont putréfiées, et l'anse intestinale, réduite à ses deux membranes internes, a été expulsée.

OBSERVATION VI

(Hallaguen. — « Bulletin de l'Académie de Médecine », 1855, tome XX, page 1072).

Une femme de quarante-sept ans, encore réglée, d'un tempérament lymphatique et d'une bonne santé habituelle, se

sentit indisposée à la fin du mois de janvier 1853, pendant une quinzaine de jours, ayant de grands maux de tête, et éprouvant quelques douleurs dans le flanc gauche, avec diarrhée sans vomissements, plus tard suivie de constipation.

Un mois après, le 30 mars, cette femme est prise de coliques atroces, d'une sueur froide, d'une syncope de deux heures de durée. Revenue à elle, elle a l'abdomen extrêmement tendu ; après quoi, quelques heures plus tard, surviennent des déjections abondantes par haut et par bas, qui, s'étant prolongées pendant quarante-huit heures, jettent la malade dans un état d'épuisement et d'anéantissement extrême, comme après une violente attaque de choléra.

Après ce laps de temps si prolongé, les vomissements s'arrêtent, mais les selles continuent, extrêmement fétides, répandant même une odeur de gangrène, et toujours précédées de violentes coliques dont il a été parlé, partant du flanc gauche qui est tendu, dur et douloureux à la pression ; l'abdomen est ballonné, sensible, le pouls misérable, avec délire momentané, froid des extrémités surtout des inférieures. La malade paraît être menacée d'une mort certaine et prochaine. Cependant, le calme renaît peu à peu, et le 10 avril, cette femme peut se lever pendant quelques instants, quoique les déjections alvines continuent, présentant les mêmes caractères de fétidité extrême, d'odeur gangréneuse et de liquidité diarrhéique. Deux jours plus tard, le 12 du même mois, en allant à la selle, elle rend, non sans un grand effort, un corps étranger sur la nature duquel nous nous expliquerons dans un instant. Peu à peu, son état s'améliore ; la douleur du flanc gauche va graduellement en diminuant, les selles ont moins d'odeur, bien qu'elles soient encore quelquefois purulentes, et que des douleurs assez vives les accompagnent.

Le 1^{er} mai, l'état de la malade est jugé être assez satisfaisant ; une nourriture légère passe assez bien, et l'on peut espérer que cette femme échappera définitivement à la gravité des accidents qu'elle a éprouvés trois mois auparavant.

« La pièce dont il est question dans cette observation, est une portion d'intestin, longue de 75 centimètres. La forme

cylindrique n'est conservée que dans deux points de son étendue ; partout ailleurs l'intestin est ouvert. Les extrémités présentent des franges irrégulières, d'une longueur variable. La membrane péritonéale est distincte dans toute l'étendue de la portion intestinale considérée en dehors. » (Gautier de Claubry, rapporteur).

OBSERVATION VII

(Breydon James, in « Revue Médicale », 15 juillet 1867).

Un homme de 55 ans tombe malade le 27 novembre, atteint d'invagination intestinale, après des alternatives diverses, après avoir eu des selles sanguinolentes ; il rend le 8 décembre dans une selle liquide une portion d'intestin de 18 pouces de long (45 centimètres) et de 2 et demie de circonférence. A l'extérieur et à l'intérieur la couleur est d'un brun foncé, avec plaques presque noires, et d'autres d'un gris cendé ; elle est plus foncée aux extrémités de l'intestin expulsé que vers le milieu. Les extrémités sont unies, régulières et presque aussi rectilignes que si elles avaient été coupées avec un couteau. Cette portion d'intestin contenait une légère quantité d'un liquide grisâtre tout-à-fait différent des matières avec lesquelles il avait été rendu, et en outre il était sans odeur fécale. Il n'y a pas de péritoine adhérent à l'intestin, mais la ligne d'insertion du mésentère est très apparente, de couleur claire, ce qui tient probablement à l'absence de revêtement péritonéal. La membrane interne est privée de valvules conniventes.

La guérison est complète le 11 janvier.

OBSERVATION VIII

(Pernet, Henri. — « Gazette des Hôpitaux », 11 mars 1873)

Appelé près de Georges G..., âgé de deux ans, dans le commencement de février 1872, j'apprends que le petit malade se plaint, depuis plusieurs jours, de maux de tête in-

somnie, nausées, diarrhée, etc....; langue chargée, pouls fébrile, il présente un cortège de symptômes qui me font d'autant moins hésiter dans mon diagnostic que je venais de donner des soins à sa jeune sœur, âgée de quatre ans, pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Les choses suivirent leur cours habituel, le petit malade était dans le courant du deuxième septénaire de sa dothiéntérie avec délire, langue sèche, diarrhée, légère tympanite, quand, le 10 février, il fut pris de vomissements incoercibles, fièvre intense, soit extrême, ballonnement du ventre, tous les signes d'une violente péritonite. Je diagnostiquai une complication malheureusement fréquente, une perforation intestinale. Le petit malade, en proie à des douleurs atroces, rendait rarement par l'anus, tantôt une sérosité sanguinolente, tantôt du sang noirâtre et coagulé, hémorragie qui l'affaiblissait tellement, que l'on s'attendait à une fin prochaine. Il ne rendait pas de matières fécales.

Le 11, à 6 heures du soir, dans une crise de coliques plus violente, il rendit un bout d'intestin, long de 10 centimètres, noirâtre, tuméfié et ramolli. Cette expulsion fut accompagnée d'une forte hémorragie. L'enfant était exangue, et le pouls filiforme. Les vomissements (qui étaient bilieux et non stercoraux) cessèrent immédiatement, et firent place à un profond sommeil. Le lendemain, il évacue naturellement. Je prescrivis du jus de viande et de la glace à sucer. La convalescence se confirme de plus en plus, et douze jours après, il était complètement guéri, guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

J'ai conservé et montré à la Société médicale d'Elbeuf ce bout d'intestin. Toute la partie invaginée est épaissie, couleur lie-de-vin, la circonférence étranglée et détachée est de moindre calibre que le bout périphérique, et se termine presque en pointe. Le bout périphérique est élargi, aplati et irrégulier, comme un choux-fleur. Le canal central permet à peine l'introduction d'un stylet.

OBSERVATION IX

(Galliard. — « Archives générales de Médecine », juin 1899)

Femme de quarante-cinq ans, à qui l'on avait pratiqué, le 12 février 1899, l'hystérectomie vaginale pour un fibrome. Le 18 février, à la suite d'une injection dans le vagin, l'opérée éprouva de cruelles douleurs abdominales qu'on dut attribuer à la pénétration de liquide dans la cavité péritonéale. Les jours suivants, il y eut du météorisme, de la fièvre et de la diarrhée, avec quelques évacuations sanguinolentes. Le 23 février, je constatai un symptôme étrange ; la *crépitation emphysémateuse* de la région iléo-inguinale gauche. Ce phénomène persista plusieurs jours.

Le 7 mars, la malade, qui se plaignait constamment de coliques douloureuses et qui avait une diarrhée rebelle, m'avertit qu'elle éprouvait une sensation bizarre, un besoin d'expulser quelque chose de gênant. Je constatai en effet une masse grisâtre émergeant de l'anus. L'ayant saisie avec une pince, je l'attirai au dehors, et, tandis que se produisait la bruyante débâcle, je reconnus dans ce lambeau charnu, non pas un boudin d'invagination, mais un segment d'anse intestinale déroulée, mesurant 12 centimètres.

La malade eut pendant deux mois, à la suite de cette expulsion, une diarrhée presque incoercible. Le 11 mars, s'est déclarée une phlébite du membre inférieur gauche.

Comment interpréter ces phénomènes ? Puisque la malade n'avait jamais eu de désordre intestinal avant l'incident du 18 février, il faut bien rapporter à l'atroce douleur qu'elle ressentit ce jour-là le péristaltisme intestinal et l'intussusception qui en est résultée.

Après l'élimination de l'anse invaginée, la cicatrisation des deux bouts s'est effectuée régulièrement.

OBSERVATION X

(Galliard. — « Société Médicale des Hôpitaux de Paris »,
Séance du 27 octobre 1905).

Un garçon de quatre ans et demie, né de parents arthri-

tiques, a été soigné par moi, à plusieurs reprises, pour de la bronchite, de la grippe, de l'embarras gastro-intestinal et même de la colite. Ces parents lui administrent, de temps à autre, de faibles doses de calomel. Il a d'ailleurs de l'embonpoint et l'apparence d'une excellente santé.

Le 5 janvier 1905, il a un léger mouvement fébrile, avec la langue saburrale. Sa mère lui donne du calomel et le met à la diète. Il a d'abord des évacuations séreuses, puis un peu sanguinolentes. On vient me chercher le 7 janvier. Je prescris la diète hydrique, les bains tièdes, les applications froides sur l'abdomen, un peu de ratanhia à l'intérieur, un lavage intestinal au tanin ; les jours suivants, peu de modifications à noter. L'enfant a du ténesme rectal et il évacue tantôt des matières jaunâtres, tantôt des mucosités sansguinolentes. Il urine fort peu. Il ne vomit pas. J'examine maintes fois l'abdomen sans jamais constater de tuméfaction ; pas de résistance, pas de météorisme. Comme le diagnostic de colite dysentérique me semble incontestable, je ne pratique pas le toucher rectal. Je prescris le lait d'ânesse.

Le 13 janvier, l'état s'améliore, si bien que, le 14, je m'abstiens d'aller voir l'enfant. Le 15 et le 16, il fait encore un peu de sang, soit mélangé aux matières, soit pur, et déposé alors en larges gouttes, à la surface de la purée jaunâtre qu'on me montre dans le vase. Donc le sang provient d'une région qui n'est pas éloignée de l'anus.

Ayant vu le petit malade, le 17 janvier vers 8 heures, je suis rappelé, en toute hâte, à midi. On me dit qu'à la suite d'un lavement il a éprouvé une violente colique et expulsé une énorme membrane accompagnée de mucosités et de sang. Cette membrane étalée, non tubulée, à bords déchiquetés, me paraît être un lambeau d'intestin. Sa longueur est d'environ dix centimètres.

Le soir, l'enfant est calme ; il ne souffre pas. Je décide de supprimer les lavements et les bains, d'administrer un antiseptique intestinal léger, de donner un sirop sédatif s'il y a douleur ou insomnie.

Le 18 janvier, l'enfant expulse encore avec les matières quelques lambeaux de peu d'importance, qu'on ne soumet

pas à mon examen, mais qui ont certainement de l'analogie avec le premier.

Pendant quelques jours encore, les évacuations sont sanguinolentes. Puis tout se calme, le ténesme rectal disparaît, l'urine devient copieuse, le lait est bien supporté. Le 13 février, l'enfant peut être considéré comme complètement guéri. Il ne présente aucun signe de rétrécissement intestinal.

Nous terminerons cette série d'observations en mentionnant les seize cas d'intususception intestinale suivis de guérison que William Thomson a rapporté dans son Mémoire.

Par quel *mécanisme* se produit cette élimination ?

C'est dans le mésentère que cheminent les vaisseaux chargés de nourrir la paroi intestinale, et l'on sait que ce mésentère accompagne dans sa descente le boudin d'invagination. Tout d'abord, le sang artériel continuant à pénétrer, il y a gêne de la circulation en retour, d'où la tuméfaction et l'œdème du cylindre invaginé ; les veines, elles-mêmes, sont comprimées, de sorte qu'à un moment donné la circulation se trouve complètement arrêtée. Les cylindres interne et moyen (le cylindre périphérique, lui, résiste) se mortifient et cette mortification se produit primitivement au niveau du collet ; ils se détachent des parties vivantes et tombent dans l'intestin, d'où ils sont expulsés par les garde-robes. C'est ce que Cruveilhier appelle la « gangrène par cadarérisation. »

En même temps, un travail réparateur organise une soudure entre les deux bouts du canal en contact l'un

avec l'autre, et les adhérences ainsi produites interceptent toute communication avec le péritoine.

A quelle époque de la maladie se produit cette élimination ?

Dans la plupart des observations de Thomson, elle était achevée *avant le trentième jour*. Une fois, elle eut lieu le sixième jour, quatre fois le septième ou le huitième. Dans un cas, elle se fit attendre plus d'un mois, dans un autre quarante jours ; enfin dans un troisième, où la maladie fut attribuée à un traumatisme violent, il s'écoula plus d'un an entre la lésion et l'élimination de l'intestin.

Péacock la signale dix-sept fois avant le vingt et unième jour, trois fois au bout d'un mois, de quatre mois, de six mois. Dans cinquante-cinq cas chronique de Rafinesque, elle ne s'est produite que six fois après le trentième jour.

L'élimination précoce est donc la plus fréquente, l'élimination tardive est rare. Voici un tableau de Leichtens-tern portant sur cent vingt-quatre cas :

Elimination spontanée au bout de 3 jours.....	1 fois
— — — 4 —	2 —
— — — 7 à 8	8 —
Elimination pendant le 2 ^e septenaire.....	49 —
— — — 3 ^e —	34 —
— — — 4 ^e —	12 —
— — — 2 ^e mois	9 —
— — — 4 ^e —	3 —
— — — 6 ^e —	3 —
Elimination au bout d'une année.....	3 —

Fait qui mérite d'être signalé, l'élimination serait rare chez les jeunes enfants, fréquente à partir de l'âge de six ans.

D'après Leichtenstern :

Dans la première année de la vie, l'élimination spontanée survient dans.....	2	pour 100 des cas
de 2 à 5 ans.....	6	— —
de 6 à 10 ans.....	38	— —
de 11 à 40 ans.....	40	— —
de 41 à 60 ans.....	40	— —
au dessus de 60 ans.....	46	— —

Sur les trente-cinq cas de Thomson, cinq ne mentionnent pas l'âge. Sur les trente autres, sept concernaient des sujets âgés de moins de 15 ans, sept étaient entre 16 et 30 ans, douze entre 30 et 50 et quatre au-dessus de 50.

A quelle *variété anatomique* appartient-elle de préférence ?

Les auteurs répondent : *Aux invaginations de l'intestin grêle*, dix fois sur quatorze (Pécacok), deux fois sur trois (Brinton), trois fois sur quatre (Leichtenstern).

Sur 100 invaginations de l'intestin grêle l'élimination spontanée survient	61	fois
Sur 100 invaginations du gros intestin.....	28	—
Sur 100 invaginations iléo-coecales.....	20	—

Voici ce que dit Thomson dans son Mémoire : « dans trois cas sur trente-cinq on ne dit point à quelle région

du canal intestinal appartenait la portion qui a été évacuée. Sur les trente-deux autres elle provenait exclusivement de l'intestin grêle dans vingt-deux ; dans trois, en partie de l'intestin grêle et en partie du gros ; dans sept seulement de ce dernier. Parmi les vingt-deux cas où la portion éliminée appartenait exclusivement à l'intestin grêle, trois fois elle parut être une portion du jéjunum ; trois fois du jéjunum et de l'iléum, onze fois de l'iléum seulement ; enfin cinq fois on n'a pas indiqué cette circonstance. Sur les trois cas dans lesquels la portion éliminée appartenait en partie à l'intestin grêle, en partie au gros, il y en a un où elle était constituée par l'extrémité inférieure de l'iléum réunie au coecum ; dans les deux autres, à ces parties étaient ajoutée une portion du côlon. Sur les sept cas où elle dépendait exclusivement du gros intestin, une fois elle était formée par le coecum, trois fois par le coecum avec une portion du côlon, deux fois par une portion du côlon. Dans un seul cas la portion précise du côlon n'est point indiquée. »

Si l'on se souvient que dans la plupart des cas, l'invagination porte sur la terminaison de l'intestin grêle, que sa variété la plus fréquente est l'entérique et l'iléo-coecale, on peut admettre que les parties qui sont d'ordinaire le siège de spacie et, par suite d'élimination, sont les mêmes que celles qui s'invaginent. Fait d'une certaine importance, puisque, en présence d'un cas d'intussusception, on peut prévoir l'éventualité de ce processus de guérison, suivant que cette intussusception a lieu au niveau de telle ou telle portion du tube intestinal. Ce n'est là, évidemment, qu'un élément de pré-

somption, une indication toute relative ; les exceptions à la règle sont fréquentes. Ainsi, dans les deux observations dues à M. le Professeur Nové-Josserand, il s'agissait de l'invagination du gros intestin, et cependant l'expulsion spontanée s'est produite.

Quelle est la *longueur* et la *configuration* de la portion éliminée ?

Il ne paraît pas qu'il y ait aucune relation entre la longueur de la portion éliminée et la région du canal intestinal d'où elle provient. Elle peut être de quelques centimètres, de 40 centimètres (Guerder), 49 centimètres (Kohler), 60 centim. (Hermes). Les observations que nous avons reproduites témoignent encore de cette variabilité de longueur du boudin gangréné.

Quant à sa configuration, elle n'est pas moins sujette à des diversités multiples, « Souvent aplatie ou tubulée sur une certaine étendue, elle peut se présenter sous forme de lambeaux à bords déchiquetés. »

« Dans presque tous les cas, dit Thomson, un lambeau du mésentère ou du mésocôlon était attaché à la portion éliminée. Bien qu'une portion d'intestin invaginée se compose nécessairement de deux replis au moins, le séquestre intestinal ne se trouve double que dans deux cas. Dans l'un de ces cas il offrait des traces d'un renversement incomplet ; dans l'autre, il était renversé complètement. Dans tous les autres cas, il paraît que la duplication s'était défaite à mesure que le séquestre descendait dans la cavité du canal intestinal ».

Généralement, le segment sphacèle est éliminé en une

seule pièce ; mais l'élimination peut dans certains cas, s'effectuer en plusieurs temps. Carswell a signalé une femme de 37 ans qui rendit par l'anus, en trois années, douze pieds d'intestin et survêcut un an. La longueur des segments expulsés variait de onze à douze pouces.

Dans une des observations de Thomson, il y eut deux portions d'inégale longueur, la première de 20 pouces et la seconde de 6, évacuées à un jour d'intervalle.

Signalons aussi, mais c'est tout à fait exceptionnel, l'élimination par l'ouverture d'un anus artificiel. Kôlher en cite un cas.

Existe-t-il des *symptômes* permettant de soupçonner cette mortification des parties invaginées ?

Lorsqu'on constate la recrudescence des vomissements fécaloïdes (Besnier) ou des douleurs, l'apparition tardive de l'hémorragie intestinale qui a manqué pendant les premiers jours, les contractions douloureuses de la tumeur suivies d'évacuations noirâtres et fétides (Kôlher), la diarrhée, le ténesme vésical et rectal, on peut s'attendre à l'expulsion spontanée. Mais de tous ces signes aucun n'est pathognomonique, et le pronostic est le plus souvent impossible à faire à l'aide des seules données cliniques.

Quelles sont les *conséquences* de l'élimination ?

Les malades peuvent guérir d'une façon complète. Guerder a revu au bout de trois ans un homme qui avait éliminé 40 centimètres de côlon : sa santé était restée satisfaisante.

La mort peut survenir : Leichtenstern admet une mortalité de quarante pour cent, Thomson de cinquante-six pour cent. Le pronostic serait particulièrement défavorable au dessus de 60 ans. (85 décès sur 100 cas). Le danger provient du défaut d'adhérences péritonéales au moment où la mortification s'accomplit, de la fragilité des soudures des deux bouts de l'intestin qui se rompent sous le poids des matières fécales, du manque de résistance des poches intermédiaires qui sont circonscrites seulement par des fausses membranes, des ulcérations intestinales persistantes, de l'entérite subaigüe ou chronique,

Notons encore des complications infectieuses possibles, telle que la phlébite, (Observation IX) et des conséquences éloignées dont la plus fréquente et la plus sérieuse est le rétrécissement de l'intestin. C'est ainsi que la petite malade qui fait le sujet de la seconde observation — P. Nové-Josserand — présenta une sténose anatomique du côlon transverse avec cependant perméabilité et évacuation normale.

En résumé, l'existence de ces cas de guérison par élimination du segment sphacélé est aujourd'hui bien établie. Justifient-ils, au cours d'une invagination, l'expectation armée, voire même l'abstention opératoire ? Impliquent-ils un traitement particulier, une conduite différente de celle généralement adoptée en pareille circonstance ?

Nous laisserons volontairement de ce côté la question du traitement en général de l'invagination intestinale. Prendre part dans ce débat qui partage à l'heure actuel-

le beaucoup de chirurgiens, serait sortir du cadre de notre sujet. Un seul point nous intéresse, le problème soulevé par l'existence de ces cas heureux de terminaison. En présence d'une invagination, dont le segment offre des traces de sphacèle, ou qui entraînerait de trop grandes difficultés opératoires — par son étendue, par exemple, comme dans l'observation I — peut-on, en s'abstenant de toute intervention, courir le risque d'une guérison spontanée, ou bien, doit-on quand même se résoudre à pratiquer une résection ? Voilà le terrain sur lequel doit se placer le chirurgien, les deux lignes de conduite qui lui sont tracées, et entre lesquelles il doit choisir.

Quels sont les résultats opératoires de l'*entérectomie* ?

Chez le nourrisson, l'entérectomie est certainement très grave. Grisel n'a pu trouver que deux cas de guérison. Les statistiques générales, comprenant des enfants plus âgés, sont plus favorables. Pour la résection, Hess rapporte trente-huit cas avec vingt et un morts, soit 55 %, et Grisel quarante-six cas avec trente-deux morts, soit 70 %.

Ces chiffres montrent combien l'intervention en pareil cas comporte d'aléas et de réserves, surtout lorsqu'elle s'adresse aux enfants, quelles risques elle fait courir au malade. Connaissant alors la possibilité d'un processus naturel de guérison, allons-nous, sous le couvert de ces insuccès, préconiser l'abstention opératoire ? Nous répondrons négativement. Les cas de guérison de l'invagination intestinale par élimination du boudin sont trop rares pour que l'on soit en droit de poser une

aussi formelle indication. Ils sont, en outre, à peu près impossibles à prévoir cliniquement.

Cependant, quand, au cours d'une laparotomie, on se trouve en présence de ces conditions anatomiques dont nous avons parlé, il semblerait préférable de laisser l'affection évoluer spontanément, plutôt que de se résoudre à une résection qui est presque toujours suivie de mort.

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons dix observations, dont deux personnelles, de guérison de l'invagination intestinale par élimination du boudin invaginé. Ces faits montrent que cette évolution favorable n'est peut-être pas aussi rare qu'on le croit généralement. Elle est plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant.

II. — Dans un seul des cas que nous avons mentionnés, l'élimination du boudin a été suivie d'un rétrécissement grave de l'intestin, qui a pu être guéri par des opérations complexes. Nous avons constaté chez une de nos malades, par la radioscopie, qu'il y avait eu disparition d'une grande partie du gros intestin et un certain degré de rétrécissement du colon. Mais ce rétrécissement n'a entraîné aucun trouble fonctionnel. Dans tous les autres cas, les fonctions intestinales se sont rétablies.

III. — La connaissance de ces faits ne doit pas modifier les règles actuellement posées pour la thérapeutique de l'invagination intestinale. Toutefois, leur connaissance montre que dans les cas où l'intestin est sphacèle, et où la résection est rendue impossible, soit par l'étendue de l'invagination soit pour toute autre raison,

on peut encore espérer dans ce mode de terminaison spontanée et qu'il vaut mieux alors s'abstenir de faire une intervention si elle se présente dans des conditions très défavorables.

Vu :

Le Président de la thèse,
NOVÉ-JOSSERAND.

Vu :

Le Doyen,

J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 5 Février 1921.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

Pour le Recteur et par délégation,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- Boulloche. — « Manuel de Médecine » (tome V).
- Broca. — « Précis de Chirurgie infantile ».
- Brydon (James). — « Invagination avec gangrène et séparation de la portion d'intestin invaginée. Guérison ». (« Revue Médicale », 15 juillet 1867).
- Cattaneo. — « Gazette Médicale de Paris » (1836, tome IV, page 682).
- Cruveilhier. — « Traité d'Anatomie pathologique », (Tome I, 1849).
- « Bulletin de l'Académie de Médecine ». (Tome XVII, page 786, juin 1852).
- Duval. — « Précis de Pathologie chirurgicale ».
- Galliard. — « Invagination intestinale sans symptômes d'obstruction. Elimination spontanée de l'anse. Guérison ». (Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 27 octobre 1905).
- « Elimination spontanée d'une partie d'intestin à la suite d'invagination. Guérison. » (« Revue Critique », in « Archives Générales de Médecine », 1899).
- Gaultier de Claubry. — « Archives Générales de Médecine », (5^e série, tome VI, page 229 ; 1855).
- Guinard. — « Traité de Chirurgie ». (Dentu et Delbet). •

Grisel. — « De l'invagination intestinale de l'enfant ». (Rapport du 4^e Congrès périodique de gynécologie obstétrique et pédiatrie ; Rouen, 1904).

Hallaguen. — « Observation d'une invagination intestinale suivie de l'expulsion d'une anse de l'intestin grêle ». (« Bulletin de l'Académie de Médecine », (1855, tome XX, page 1072).

Hipsley. — « The Medical Journal of Australia ». (Novembre 1918) et in « Journal de Chirurgie », (année 1919).

Kernaïsson. — « Précis de Chirurgie des Enfants ».

Leichtenstern. — « Ziemssen's Handbuch, der speciellen pathologie und Therapie », (Bd VII. Zweite Hälfte).

Pernet. — « Intussusception intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde, expulsion de la partie étranglée. Guérison ». (« Gazette des Hôpitaux », 11 mars 1873).

Plélan. — « Intussusception intestinale, expulsion d'une portion d'intestin par l'anus. Guérison ». (« Dublin. Med. Review », décemb. 1839), et « Archives générales de Médecine », 3^e série, tome VII, page 361 ; 1840).

Rafinesque. — « Etude sur les invaginations intestinales chroniques ». (Thèse de Paris, 1878).

Thomson (William). — « Mémoire sur l'élimination d'une partie de l'intestin par suite d'invagination ».

(« The Edimb. Med. and Surg. Journal », octobre 1835, et « Archives Générales de Médecine », 2^e série, tome XI, page 332 ; 1835).

Trousseau. — « Cliniques Médicales ».

